

## DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2026

art.19 dell'accordo collettivo nazionale del 04 aprile 2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni

**(LA PRESENTE DOMANDA È VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA/AREA. NEL CASO L'INTERESSATO ABBA TITOLO PER L'INCLUSIONE IN PIÙ GRADUATORIE, OCCORRE PRESENTARE SPECIFICHE DOMANDE SEPARATE)**

Primo inserimento

Aggiornamento

Marca da bollo  
€ 16,00

All' Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria  
GRU Specialistica Ambulatoriale Interna  
Via Sant'Anna II tronco pal. TiBi n°18  
89128 REGGIO di CALABRIA

[grupersonaleconvenzionato.asprc@certificatamail.it](mailto:grupersonaleconvenzionato.asprc@certificatamail.it)

\_l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
(prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ M\_\_ F\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**Chiede di essere incluso nella graduatoria dei** *(indicare la branca o area secondo l'allegato 2 dell'ACN vigente) :*

- medici **specialisti** ed **odontoiatri**: branca di \_\_\_\_\_
- medici **veterinari**: area \_\_\_\_\_
- biologi** \_\_\_\_\_
- chimici** \_\_\_\_\_
- professionisti **psicologi** \_\_\_\_\_
- professionisti **psicoterapeuti** \_\_\_\_\_

a valere per l'anno **2026**, relativamente all'ambito zonale di **REGGIO CALABRIA** nel cui territorio intende ottenere incarico.

A tale fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

**Chiede che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo PEC:**

\_\_\_\_\_

**dichiara di essere disponibile** per sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato.

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_  
*(allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità)*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO**

*ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445*

l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

(prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ M\_\_ F\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

Indirizzo Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

**DICHIARA,**

***ai sensi ed agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28dicembre 2000, n. 445:***

1.  di essere cittadino italiano

2.  di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE:(*specificare*) \_\_\_\_\_

3. di possedere:  il diploma di laurea (DL)  la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (*medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia*)

- il diploma di laurea con voto \_\_\_\_/110  senza lode  con lode conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- la laurea specialistica/magistrale con voto \_\_\_\_/100  senza lode  con lode conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

4. di essere abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ (*medico chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo*) nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_

5. di essere iscritto all'Albo professionale \_\_\_\_\_ (*dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi*) presso l'Ordine provinciale /regionale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

6. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni (***per il titolo di specializzazione in psicoterapia occorre dichiarare la validità ai sensi degli artt. 3 e 35 della Legge 18 febbraio 1989, n.56 – specificare i dettagli nelle NOTE***):

in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_  senza lode  con lode

in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_  senza lode  con lode

in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_  senza lode  con lode

ovvero - per la branca di cure palliative - della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n.145, rilasciata dalla Regione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



